8

Über

Tumoren des Nasenrachenraums.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Mittwoch, den 30. Januar 1901, Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Theo Albrecht

approb. Arzt

aus **Cochem** a. d. Mosel.

Referent: Herr Prof. Dr. **v. Bramann.**

Opponenten:

Herr Dr. med. **Herbert Lohsse.**

Herr Kursist **Martin Kaehler.**

Halle a. S.,

Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.

1901.

Imprimatur:

Prof. Dr. **Eberth**

h. t. Prodecanus.

Seinem Freunde Frenzel

in Dankbarkeit und Verehrung

der Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30599386

Bisher waren es ausschliesslich die adenoiden Wuche-
ngen und Nasenrachenpolypen, welche sich unter den
mmoren des Epipharynx praktischen Interesses erfreuten.

Erstere bilden polypöse und hahnenkammförmige
eschwülste, die, ein Analogon der Tonsillenhypertrophie,
ner Zunahme des am Dache des Schlundkopfs normaler-
eise vorhandenen lymphadenoiden Gewebes ihre Genese
rdanken und häufig zu so bedeutender Grösse heran-
chsen, dass der Nasenrachenraum ausgefüllt und die
benostien und die Choanen verlegt werden.

Das Hauptsymptom der Rachenmandelvergrösserung
neben einer durch Verschluss der Tube und dessen
lgeerscheinungen (Absorption der Paukenhöhlen-Luft,
nziehung des Trommelfells, Exsudatbildung in der
ukenhöhle) bedingten Schwerhörigkeit vor allem die
hinderung der Nasenatmung. In den meisten Fällen,
zur Kenntnis des Arztes kommen, überwiegt die
ndatmung, was zu mancherlei schädlichen Folgen an
oberen Luftwegen bis abwärts zu den Bronchien führt.
wähnenswert sind ferner die eigentümlichen Erschei-
ngen, die bei der Rachenmandelhyperplasie am Ober-
fer wachsender Individuen beobachtet werden. In sehr
en dieser Fälle erscheint, wenn die Vergrösserung nicht
dem Zahnwechsel beseitigt wurde, nach diesem der
erkiefer verschmälert, der Gaumen infolge davon abnorm
h gewölbt; die Zähne finden in solchen Kiefern keinen

rechten Platz, und besonders die Eckzähne treten aus de
Reihe der übrigen nach aussen hervor. Ob diese Ver
änderungen allerdings eine Folge der Vergrösserung de
Rachenmandel sind, oder ob die Vergrösserung de
Rachenmandel nur besonders bei denjenigen Menschen
deren Kiefer und Nasenrachenraum schmal gebaut ist, z
störenden Erscheinungen Anlass giebt, ist eine noch nich
erledigte Controverse. Die genannte Combination beob
achtet man jedenfalls sehr häufig, in vielen Fällen ist auc
das übrige Gesicht ähnlich schmal gebaut („Leptoprosc
pie"), und recht oft findet man neben solchen Abnorm
täten auch Verbiegungen des Septum narium. Auc
weitergehende köperliche Deformationen, wie sie sonst a
Teilerscheinungen des sog. lymphatisch-scrophulösen Hab
tus beschrieben werden, sind von manchen auf die Rachen
mandelvergrösserung zurückgeführt worden, ob mit Rech
ist zu bezweifeln: so z. B. Torticollis, Skoliosen der Wirbe
säule, Deformitäten des Thorax, ähnlich der bekannte
rhachitischen Hühnerbrust. Äusserlich charakteristische
als alle diese Deformitäten ist jedenfalls das Offenstehe
des Mundes und der namentlich daraus resultierende blöd
stumpfe Gesichtsausdruck.

Von selteneren Symptomen sind neben den Schluc
beschwerden zu erwähnen: häufiges, bis zum Erbreche
sich steigerndes Würgen, krampfartige keuchhustenäh
liche Hustenanfälle, reflektorische Stimmbandlähmun
(O. Seifert). Zuweilen sind die adenoiden Wucherunge
tuberkulöser Natur, es handelt sich um hypertrophische
Schleimhautlupus.

Objektiv nachgewiesen werden kann die Vergröss
rung der Rachenmandel durch die vordere wie durch d
hintere Rhinoskopie und, wenn es auf beide Weisen nic
möglich ist, durch die Palpation. Bei der letzteren fül
man manchmal einen ziemlich derben, etwas höckerig
Tumor, manchmal weiche, lappige Massen („man hat d
Gefühl, als ob man in einen Haufen Regenwürmer griffe

Prognostisch ist, abgesehen von den häufigen, aber elbst bei dem höchsten Grade von Vergrösserung nicht notwendigen Complikationen am Ohr, den oberen Luftwegen etc., hervorzuheben, dass mässige entzündliche Schwellungen ebensowohl wie die der Gaumenmandeln pontan zurückgehen können. Dass solche Rückbildungen mit dem Pubertätsalter in Zusammenhang stehen, ist durchaus unbewiesen: viele sind der Ansicht, dass nur die in diesem Alter erfolgende Ausweitung des Nasopharynx den Raum für die Luftpassage ausgiebiger gestaltet. Jedenfalls findet man häufig genug noch bei älteren Patienten ehr mächtige Rachenmandeln vor. Auf eine Rückbildung er Rachenmandel, wie das noch vielfach geschieht, warten u wollen, erscheint deshalb gewiss nicht geraten.

Was die Behandlung der Rachenmandelvergrösserung ngeht, so ist nicht zu leugnen, dass Ätzungen, galvanokaustische Eingriffe, manchmal wohl auch Allgemeinbehandlung, z. B. mit Soolbädern, Leberthran, klimatischen Kuren u. dergl., einen günstigen Einfluss ausüben können, ber diese Mittel liefern alle keine sicheren Resultate. ie einzige zuverlässige Behandlungsmethode besteht in er Entfernung des vergrösserten Organes. Dafür sind un eine Unmenge von Methoden im Gebrauche, deren etaillierte Angabe über den Rahmen dieser Arbeit hinausehen würde.

Was die Nasenrachen-Polypen anlangt, so begreift an unter ihnen Geschwülste, welche als sog. intranaryngeale von dem Periost oder der Fascie des Keilbeinkörpers, der Lamina interna pterygoidea, als sog. xtrapharyngeale vom foramen lacerum anterius, der fibrocartilago basilaris und der Sutura petroso-occipitalis ausgehen (König).

Histologisch handelt es sich bei diesen Geschwülsten nächst um Fibrome; aber ihnen ist eigentümlich, dass e mit der Zeit sehr wichtige Veränderungen eingehen: ntweder werden sie stark gefässreich, geradezu cavernös,

oder die bis dahin spärlichen Zellen vermehren sich rasch, der Tumor wird zu einem Fibrosarkom. Während sie also durch die sarkomatöse Veränderung den Charakter eines malignen Tumors annehmen, vermehren sich die Gefahren bei der cavernösen Umwandlung ganz erheblich durch die leicht wiederholten, oft colossalen Blutungen.

Neben den letzteren sind die hervorstechendsten klinischen Symptome dieser Geschwülste die Behinderung der Nasenatmung und die Usurierung der benachbarten Schädelknochen. Diese Eigenschaft, die grosse Wachstumsenergie, ist die verderblichste. Zumeist wachsen die Tumoren im Anfang in die an den Epipharynx grenzenden freien Höhlen, d. h. in die Nasenhöhle der betreffenden Seite, später auch in die der anderen Seite hinein. In manchen Fällen, namentlich wenn der Tumor von der Flügelgaumengrube ausgeht, dringt er auch gegen die fossa temporalis vor. Von der Nasenhöhle aus gelangt er in die Ostien der Keilbeinhöhle, der Kiefer- und Stirnhöhle und der Siebbeinzellen; in alle diese hinein können Fortsätze dringen, die betreffenden Höhlen ganz oder teilweise erfüllen, ihre Knochenwände durch den andauernden Druck zur Atrophie bringen und schliesslich durch diese Wände brechen. So gelangen die Tumoren durch das Dach der Keilbeinhöhle an die Schädelbasis, seltener durch das Dach der Siebbeinzellen hindurch. Von den letzteren können sie in die Orbita, zumeist deren hinteren Teil, gelangen und den Augapfel nach seitlich und vorn drängen. Die Perforation nach der Schädelbasis ist auch bei vollkommener Gutartigkeit der Geschwulst recht häufig, und zwar meist, ohne dass sich dieser Durchbruch vorher durch leicht bemerkbare Erscheinungen geltend machte. Nicht selten bricht ferner der Tumor von hinten her in die Kieferhöhle ein, indem er deren dünne hintere Wand gewissermassen anbohrt. Ebenso kann er auch in die verschiedenen von dieser Gegend ausgehenden Knochenspalten dringen, so z, B. in die fissura orbitalis inferior.

eventuell von dieser aus durch die fissura orbitalis supe-ier wieder in die Schädelhöhle. Das foramen ovale bietet einen direkten Weg zum Eindringen in die Schädelhöhle, namentlich dann, wenn der Ausgangspunkt der Geschwulst gerade in der Gegend dieser Öffnung liegt; seltener sind Durchbrüche nach der Schädelbasis durch das foramen lacerum oder andere Nerven- und Gefässöffnungen.

Eine sehr interessante klinische Eigenschaft dieser Geschwülste ist ihr Gebundensein an bestimmte Lebens-perioden. Fast immer finden wir sie bei jugendlichen Personen, und mit Vorliebe bei solchen, die noch nicht an der Grenze ihres Wachstums angelangt sind, am häufigsten in der Zeit zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr. Ferner kommen diese Tumoren ganz vorwiegend nur beim männ-lichen Geschlechte vor.

Noch auffallender ist die wiederholt beobachtete Thatsache, dass solche Tumoren in der Zeit nach Ab-schluss des Wachstums beziehungsweise der Pubertäts-periode sich oftmals ganz spontan oder auf geringfügige, jedenfalls unvollständige Eingriffe hin teilweise oder gar vollkommen zurückbilden, erwähnenswert ferner die äusser-liche Entstellung, welche diese Geschwülste oft bewirken. Der Nasenfortsatz derselben kann den Nasenflügel der be-treffenden Seite abheben, die Nasenbeine auseinander drängen; ein Orbitalfortsatz Exophthalmus veranlassen; ein Fortsatz in die Oberkieferhöhle treibt die Wange wie bei einem Empyem des Antrum Highmori auf; ein retromaxil-larer Fortsatz kann unter und über dem Jochbeine in der Schläfengegend eine bedeutende Vorwölbung machen. Rechnet man zu alledem das durch die Nasenverstopfung bewirkte Offenstehen des Mundes, so hat man ein ty-pisches Bild von der schwersten Form dieser Gesichts-deformationen.

Die Diagnose der Nasenrachenpolypen ist nicht schwer. Indem man mit dem Finger den unteren Rand des weichen Gaumens umgreift, tastet man die Pharynx-

und Nasenrachenhöhle ab; dabei stellt man die Beschaffenheit der Oberfläche, die Gestalt und Consistenz fest. Man untersucht ferner mit dem Rachen- wie mit dem Nasenspiegel.

Je früher der Tumor diagnosticiert wird, desto besser ist seine Prognose: einerseits ist das Allgemeinbefinden noch nicht durch wiederholte Blutungen geschwächt, andererseits ist der operative Eingriff um so leichter und ungefährlicher; denn die Behandlung der Geschwülste kann natürlich nur in der vollständigen Exstirpation bestehen, wobei mit besonderem Nachdruck betont werden muss, dass zum dauernden Erfolge die gründliche Ausrottung und Zerstörung der Implantationsstelle unbedingt nötig ist. Dieser Forderung kann man genügen,

a) indem man den weichen Gaumen spaltet und zurückklappt,
b) indem man den weichen Gaumen nebst Schleimhaut und Periost des harten Gaumens ablöst und nunmehr die Gaumenfortsätze und Gaumenplatten abmeiselt,
c) durch temporäre Resektion einer Nasenseite und Umklappen derselben (Bruns),
d) durch temporäre Resektion des grössten Teiles des Oberkiefers nach v. Langenbeck.

Mit der Anführung der Fibrosarkome und adenoiden Wucherungen sind indessen die Tumoren des Nasenrachenraums nicht erschöpft. Wie von den übrigen Knochen des Skeletsystems, so können auch von dem knöchernen Dache des Epipharynx — dem Keilbeine und der Pars basilaris des Hinterhauptbeins — Geschwülste sarkomatöser Natur ausgehn, die man auch an dieser Stelle als periostale und myelogene unterschieden hat. Zu ihnen gesellen sich von der Dura ausgehende Sarkome, die nach Usurirung des Knochens gleichfalls im Nasenrachenraum der Palpation zugängliche Hervorwölbungen verursachen.

Die prognostisch schlechteren periostalen Sarkome
estehen vorwiegend aus Spindel- und Rundzellen, die
rognostisch günstigeren myelogenen weisen zwar ziemlich
ie gleichen Formen auf, nur werden bei ihnen Riesen-
ellensarkome und Einstreuungen von Riesenzellen in
Rund- und Spindelzellensarkome häufiger gefunden. Was
ie Sarkome der Dura (den fungus durae matris, wie die
lte Bezeichnung lautet) anlangt, so sind sie bis in die
ingste Zeit noch als primäre Carcinome der harten Hirn-
aut in Anspruch genommen worden, wohl weil so oft ge-
ade hier Alveolarsarkome gefunden worden sind und die
nen nahestehenden, von den Endothelien des Lymph-
paltensystems der Dura ausgehenden Endotheliome. Die
Mehrzahl der Geschwülste freilich bildet die Spindelzellen-
rm des Sarkoms. Charakteristisch für den Ausgang von
er Dura sind, falls sie vorhanden, durch die ganze Ge-
hwulst zerstreute geschichtete Kalkconcretionen, welche
us den Geschwulstzellen selbst hervorgehn und in ihren
nfängen als zwiebelschalenartige Bildungen, die in ein-
nder geschachtelt sind und glasig aussehn, beschrieben
erden, ohne dass jetzt schon die Verkalkung nachzu-
eisen wäre; erst später, wenn sich das Centrum der Bil-
ng dunkelblau, die Peripherie mehr rötlich färbt, voll-
eht sich die Kalkablagerung.

Eine Differentialdiagnose zwischen den erwähnten
eschwülsten ist nur in gewissen Fällen möglich. So
erden wir auf ein myelogenes Sarkom schliessen dürfen,
enn die in Rede stehende Geschwulst anfänglich eine
nochenharte Oberfläche aufweist, nach und nach aber
nzelne sich stärker vorwölbende weiche Stellen erkennen
sst, bis schliesslich die Scheitelhöhle der Geschwulst
eich und nur ihre Peripherie knochenhart ist. Zwar ist
ch das Sarkom der Dura von einem knöchernen Ring
nfasst; derselbe liegt aber im Niveau des Schädels und
cht nicht wie beim myelogenen Sarkom von der Basis
r Geschwulst in die Höhe (weil das Sarkom der Dura

niemals die Knochenwand des Schädels aufhebt, sondern sie ausschliesslich durch Usur zerstört.

Ein von der Dura ausgegangenes Sarkom werden wir annehmen dürfen, wenn mit dem Erscheinen der Geschwulst im Epipharynx gewisse vorher bestandene Hirndrucksymptome (Erbrechen, Kopfschmerz, Pulsverlangsamung, Bewusstseinsverlust) schwinden, wenn ferner Pulsationen (=die mitgeteilten pulsatorischen Hirnbewegungen) wahrnehmbar sind oder endlich, wenn die Geschwulst in das Schädelinnere zurückdrückbar ist und hierbei die eben genannten Erscheinungen gesteigerten Hirndrucks sich bemerklich machen.

Von Geschwülsten, die sekundär im Nasenrachenraum auftreten und hier unter Umständen die gleichen Erscheinungen hervorrufen können wie die primär im Epipharynx lokalisierten Tumoren, seien schliesslich die von der Hypophyse ausgehenden Neubildungen erwähnt. Es sind dies neben Gliomen und Teratomen Adenome, Sarkome und Carcinome. Häufig finden sich in diesen Geschwülsten, zumal den beiden letzteren, jene Kalkkonkretionen, wie sie oben bereits bei den Sarkomen der Dura beschrieben worden sind, man spricht dann von Psammomen, bezw. von Psammocarcinomen und Psammosarkomen. Die Adenome sind in der Regel mit einer einfachen Hyperplasie der Glandula pinealis identisch, nur selten wachsen sie zu umfangreichen Tumoren mit Cystenbildung und colloider Entartung des Gewebes heran. Eine derartige Geschwulst von Hühnereigrösse, die den Knochen usuriert hatte, ist von Weigert (recitiert von Oppenheim „Die Geschwülste des Gehirns“) beschrieben worden.

Was die Erscheinungen der von der Zirbeldrüse ausgehenden Neubildungen anbetrifft, so sind in erster Linie die Drucksymptome auf die benachbarten Nerven anzuführen. Vor allem kommt es durch Compression des Chiasma Nervi Optici zu Sehstörungen, die nach einer Statistik von Rath (ebenfalls angeführt bei Oppenheim)

n Form einer Amblyopie mit temporaler Hemianopsie und rsprünglich negativem ophthalmoskopischen Befund auf-reten, während sich später häufig eine einfache Sehner-enatrophie entwickelt. Nächst dem Opticus sind es die Augenmuskelnerven, welche am meisten in Mitleidenschaft ezogen werden, viel seltener Olfactorius und I. Ast des rigeminus.

Interessant ist die Thatsache, dass sich in vielen ällen eine Akromegalie gleichzeitig mit den Neubildungen er Hypophyse vorfindet. Von Allgemeinerscheinungen erden Kopfschmerzen und Erbrechen am häufigsten er-ähnt.

Erst in zweiter Linie (nämlich nach Verdrängung ezw. Usurirung der trennenden Schädelbasis) werden wir uf Symptome rechnen dürfen, welche die Geschwülste Differentialdiagnose zu den eigentlichen Nasenrachen-umtumoren setzen.

Die Therapie wird, falls eine solche noch geboten rscheint, die gleichen Wege einzuschlagen haben, wie sie r die Fibersarkome des Epipharynx beschrieben sind.

Diesen wohlcharakterisierten Geschwulstformen, welche it H. Meyers und v. Langenbecks Veröffentlichungen ne grosse Litteratur gezeitigt haben und bisher unter den umoren des Nasenrachenraumes als die einzig praktisch ichtigen gewürdigt wurden, sollen nun im Folgenden umoren angereiht werden, die durch ihren Sitz im Epi-harynx und durch gewisse klinische Symptome den vor-eschriebenen nahezustehen scheinen, die aber pathologisch-natomisch und, was am wichtigsten, in therapeutischer insicht ganz erheblich mit den Wucherungen der Pharynx-nsille sowohl als auch mit den Nasenrachenpolypen diffe-eren — Tumoren, die gleichzeitig mit gewissen Verän-rungen des Blutes und der blutbildenden Organe, der ilz, Knochen und Lymphdrüsen, einherzugehen pflegen d sich aus diesem Grunde als leukämische dokumentieren.

Das Gesagte wird am besten durch nachstehende Fälle, die an der Klinik des Herrn Prof. v. Bramann zur Beobachtung kamen, illustriert:

Fall I betrifft den 42jährigen Arbeiter Gottlieb Fischer aus Gottesgnaden, der am 7. 2. 94 in die hiesige chirurgische Klinik aufgenommen und am 6. März desselben Jahres entlassen wurde.

Anamnese: Patient stammt aus nicht belasteter Familie und will bis zum Herbst 1890 immer gesund gewesen sein; damals hatte er am Gaumen eine Verdickung und in deren Mitte eine Furche. Nach ca. $^1/_2$ Jahr wurde diese Stelle schmerzhaft und wund, er suchte daher die Klinik auf, bekam Jodkali, worauf die Schwellung zurückging. Etwa 4 Wochen nach seiner Entlassung wuchs die Geschwulst weiter, dieselbe wurde hier exstirpiert und ihm ein künstlicher Gaumen eingesetzt (Frühjahr 1891). In dieser Zeit hatte Patient schon geschwollene Drüsen am Halse, eine vorgenommene Blutuntersuchung indessen fiel negativ aus und konnte noch keinen Anhaltspunkt für die Natur des Leidens geben.

Vor ca. $^1/_2$ Jahren wurde dem Patienten das Sprechen immer schwerer, und als er sich vor dem Spiegel den Mund besah, bemerkte er, dass die Mandeln stark geschwollen waren. Allmählig verlor er die Stimme ganz und er hatte immer das Gefühl von starkem Druck auf den Kehlkopf. Ferner bestanden Athembeschwerden und Athemnot, sodass die Tracheotomie erforderlich wurde. Der Blutbefund blieb auch jetzt noch negativ.

Status praesens: Kräftig gebauter, aber schlecht genährter Patient. Die Sprache tonlos, nach dem Sprechen stridoröses Atmen. Im harten Gaumen ein grosser Defekt, der weiche Gaumen fehlt ganz. An der Schädelbasis in der Pars basilaris ist eine wallnussgrosse Geschwulst von blauroter Farbe, an der Oberfläche ulceriert. Beide Tonsillen sind stark geschwollen und prominieren in die Mundhöhle: daran schliesst sich beiderseits bis zum Aditus laryngis eine weitere wallnussgrosse Geschwulst an der

interen Rachenwand. Zwei kleinere Geschwülste befinden ch dicht unter dem Kehldeckel, sodass man die Stimmänder kaum sehen kann.

Die oberen Augenlieder hängen herab, die Bulbi sind rotudiert und etwas in ihrer Bewegungsfähigkeit beschränkt. den oberen Partien der Lider mindestens bohnengrosse eiche Geschwülste von der Consistenz eines nichtgespannen Muskels.

Die beiden regiones submaxillares, die regio submenlis und die beiden seitlichen Halsdreiecke sind bis tief in e fossae supraclaviculares mit erbsen- bis wallnussgrossen, eichen, leicht gegen einander und gegen die Haut verhieblichen, schmerzlosen Drüsen ausgefüllt. Am stärksten nd sie unterhalb des Kiefers, wo sie nahezu faustgrosse ervorwölbungen bilden. Ganz ähnliche Drüsen finden ch in beiden Axelhöhlen und beiden Schenkelbeugen, en Kniekehlen und Ellenbeugen. Die Milz ist ein wenig rgrössert, Beklopfen des Sternum nicht schmerzhaft. ie nochmals ausgeführte Blutuntersuchung ergiebt nunehr eine erhebliche Vermehrung der weissen Blutkörrchen.

Urin normal.

Diagnose: Leukämische Tumoren.

Therapie: Sol. Kali jod. 10,0 : 200,0 3× tägl. 1 Esslöffel.

6. 5. 94. Patient wird heute nach Hause entlassen. ie Drüsen auf der linken Seite des Halses und der Subaxillargegend sind bis auf 2 oder 3 nicht-haselnussgrosse llig verschwunden. Auf der rechten befinden sich noch nige mehr, doch sind sie sicher bis auf ein $^1/_5$ der üheren Grösse zurückgegangen. Ähnliche Veränderungen allen übrigen Körperteilen. Die Geschwulst an der hädelbasis ist ganz verschwunden. Die Tonsillen sind um grösser als normal. Allgemeinbefinden vortrefflich.

Fall II.

Anamnese: Patient ist der 51jährige Maurer Carl rsch aus Nelschütz. Aufnahme: 18. 5. 1899. Entlassung

1. 6. 1899. Über hereditäre Belastung weiss er keine Aussagen zu machen, ebenso wenig über frühere Erkrankungen.

Im Frühjahr 1898 bemerkte er an der rechten Seite des Halses einen etwa Klein-Wallnussgrossen harten Knoten. Da er keinerlei Beschwerden davon hatte, achtete er nicht weiter darauf, und der Knoten wurde dann auch von selbst wieder kleiner und weicher, schwoll aber im Laufe des Sommers und Herbstes noch öfters an. Im Winter 1898 zog sich Patient durch Erkältung einen starken Schnupfen zu. Auch nach dessen Heilung sprach er noch immer durch die Nase und konnte schlecht durch die Nase atmen. Gleichzeitig trat wieder eine stärkere Anschwellung an der rechten, und bald nachher auch an der linken Seite des Halses auf. Diese Anschwellungen sind seitdem nicht wieder zurückgegangen, trotz ärztlicher Behandlung mit Salben und Einreibungen. In den letzten Wochen nahm aber die — bereits vorher bestehende — Schwellung im Rachen sehr an Grösse zu, sodass Patient in letzter Zeit gar keine Luft durch die Nase mehr bekam und immer mit offenen Munde atmen musste. Husten und Auswurf sind in nur geringem Grade vorhanden, sollen aber zeitweilig stärker gewesen sein. Der Arzt überwies ihn jetzt zur Operation der Klinik.

Status präsens: Mässig kräftig gebauter Patient von etwas blasser Gesichtsfarbe. Auch die sichtbaren Schleimhäute blass. Das ganze Gesicht erscheint gedunsen. Patient bekommt durch die Nase keine Luft, atmet immer mit offenem Munde, die Stimme hat einen starken nasalen Beiklang, Nachts schnarcht er sehr, ohne aber ausgesprochenen Luftmangel zu haben.

Zu beiden Seiten des Halses hat Patient eine Geschwulst, welche beiderseits gleichen Charakter zeigt, nur rechts stärker ausgesprochen ist als links. Die Geschwulst sitzt unterhalb des Kieferwinkels und liegt unter dem aus der Tiefe herausgehobenen Sternocleidomastoideus. Sie reicht nach vorn etwa bis zur Mitte des Unterkieferrandes

ach hinten bis zum vorderen Rande des Cucullaris, nach
ben bis zum Processus mastoideus, nach unten bis an die
ssa supraclavicularis. Die Geschwulst besteht aus einzelnen
noten und Knötchen, von Erbsen- bis zu Wallnussgrösse.
ieselben sind von glatter Oberfläche, etwa von der Con-
stenz eines nicht oder nur schwach gespannten Muskels,
egen einander und gegen die Umgebung leicht verschieb-
ch: hypertrophische Drüsen. Erweichung nirgends nach-
eisbar.

Im Munde sieht man den weichen Gaumen stark vor-
ewölbt, so dass er steil nach unten streicht. So entsteht
n der Grenze des harten und weichen Gaumens ein
eutlicher winkliger Knick. Zu sehen ist im Pharynx
nst nichts Pathologisches. Geht man aber mit dem
nger hinter das Gaumensegel, so findet man den ganzen
asenrachenraum von einer Geschwulstmasse ausgefüllt,
elche gleichmässig von der ganzen Wand des Rachens
szugehen scheint. Consistenz ist weicher als im nicht-
espannter Muskel. Die Choanen dadurch vollständig ver-
hlossen. Mit leichter Gewalt kann man die Tumormasse
rdrücken und sich einen Weg zu den Choanen bahnen.
on der Nase her ist zunächst nichts von der Geschwulst
sehen. Beim Spiegeln aber erblickt man im Hinter-
unde beider Nasenöffnungen die grau-rötlichen Geschwulst-
assen. Untersuchung des Blutes ergiebt:

Rote Blutkörperchen: 2. 840. 000.
Weisse „ : 60. 000.

o Verhältnis 1 : 47.

Diagnose: Leukämische Tumoren zu beiden Seiten
s Halses und im Nasenrachenraum.

Therapie: Arsen, später Jodkali. 30. 5. Objektiv
ne Besserung zu konstatieren, jedenfalls aber sind die
moren am Hals nicht grösser geworden. Subjektiv fühlt
n Patient sehr viel wohler, er bekommt besser Luft
ch das Schnarchen hat nachgelassen.

1. 6. Entlassen.

Fall III.

Anamnese: Patient ist der 18jährige Kaufmann Walter Kleinau aus Magdeburg, der am 24. 4. 1894 in die Klinik des Herrn Prof. v. Bramann aufgenommen und am 25. 5. 1894 aus derselben wieder entlassen wurde.

Seit zwei Jahren bemerkt er eine zunehmende Mattigkeit und fühlt sich unfähig zu angestrengter geistiger und körperlicher Arbeit. Er hat häufig Flimmern vor den Augen, klagt zu Zeiten über Ohrensausen, Schwindelanfälle und Ohnmachtsanwandlungen.

In letzter Zeit stellten sich vor allem Schluckbeschwerden und eine Behinderung der Nasenatmung ein — Erscheinungen, die augenblicklich seine Hauptklager bilden.

Status: Mittelgrosser schlanker Mann von blasser Gesichtsfarbe, blassen sichtbaren Schleimhäuten und leich gedunsenem Gesicht. Patient hält den Mund leicht ge öffnet, da seine Nasenatmung erschwert ist.

Der weiche Gaumen ist nach unten und vorn ge drängt, der Raum zwischen Arcus palato-glossus und Zung rechterseits nahezu aufgehoben. Im Epipharynx fühlt mai als Ursache dieser Veränderungserscheinungen eine nahez hühnereigrosse, dem Rachendach breit aufsitzende Ge schwulst von glatter Oberfläche und der Consistenz eine nicht-gespannten Muskels.

Das Sternum ist auf Beklopfen schmerzhaft.

Die Milz überragt deutlich fühlbar den Rippenboge

Drüsenschwellungen fehlen (!).

Das Blut zeigt leukämische Veränderungen: Vermir derung der roten und Vermehrung der weissen Blu körperchen. Verminderung des Hämoglobingehalts.

Diagnose: Leukämischer Nasenrachentumor.

Therapie: Anfangs Arsen in Form der Sol. arsenica fowleri (3 mal tägl. 3—10 Tr.), später Sol. Kal. jod. 10 : 20 3 mal tgl. 1 Essl.

25. 5. Patient wird als geheilt entlassen. Die Geschwulst im Nasenrachenraum ist gänzlich geschwunden(!), Verdrängungserscheinungen im Bereich des weichen Gaumens und der Gaumenbögen sind nicht mehr wahrnehmbar. Milzschwellung und Schmerzhaftigkeit des Sternums haben nachgelassen, desgleichen die leukämischen Veränderungen des Blutes.

Patient, der nach seiner Entlassung noch in bestimmten Zwischenräumen Jodkali genommen, stellte sich noch einmal im Sommer 1900 vor. Er war völlig recidivfrei geblieben!

Pathologisch-anatomisch charakterisieren sich die leukämischen Tumoren des Nasenrachenraumes ähnlich wie die gleichen Veränderungen der Lymphdrüsen durch hyperplastische Vermehrung der Zellen, die im Stroma der Luschka'schen Rachentonsille eingeschlossen sind, daher auch die anfänglich weiche Beschaffenheit der in Rede stehenden Affektion. Später kommt eine Bindegewebsentwicklung hinzu, welcher klinisch eine mit dem Wachstum der Geschwülste sich mehr und mehr bemerkbar machende Verhärtung entspricht. Die Grösse ist oft beträchtlich (Gänseei- bis Faustgrösse); ihr Gewebe zeigt ein gleichmässig rötlich-weisses, der typhösen markigen Infiltration ähnliches Aussehen.

Die klinischen Erssheinungen der leukämischen Tumoren sind insofern denen der oben erwähnten Affektionen verwandte und aus diesem Grunde leicht zu diagnostischen Irrtümern führende, als einmal die blosse Inspektion bereits wie bei ademoiden Wucherungen und Nasenrachenpolypen auch hier eine Behinderung der Nasenatmung, ein Atmen bei offenem Munde und einen häufig hieraus resultierenden blöden Gesichtsausdruck konstatieren kann, ferner bei Öffnen des Mundes eine Verdrängung des weichen Gaumens nach unten und vorn — in einem unserer Fälle ausgesprochen, dass ein förmlicher Knick zwischen palatum durum und molle sich bemerkbar machte. Auch

eine eingehendere Besichtigung der Nasen- und Rachenwege mittelst entsprechender Spiegel und die Feststellung eines „blauroten bis grau-rötlichen, oberflächlich ulcerierten Tumors (cf. Fall I)“ kann nur dazu angethan sein die falsche Diagnose zu stützen, denn das gleiche Aussehen ist den Fibrosarkomen des Nasopharynx eigen. Desgleichen die häufig vermehrte Sekretion der Nasen- und Rachenschleimhaut, die oft einen Schnupfen vorzutäuschen imstande ist.

Auch die Palpation kann zu Täuschungen über die wahre Natur der Tumoren führen, insofern sie sich nur eine Geschwulst zu konstatieren bemüht, deren Basis mit dem Dach des Nasenrachenraums identisch ist und die unter Umständen Choanen und Tubarostien verlegt. Dass in dieser Hinsicht in der That Irrtümer möglich sind und Verkennungen des wahren Sachverhalts vorkommen, — zumal wenn die Affektion des Nasenrachenraums im Vorgergrunde des ganzen leukämischen Krankheitsbildes steht (cf. Fall I) —, beweist die Operation des Patienten Fischer wegen angeblichen Sarkoms und die Überführung unseres zweiten, ebenso aufgefassten Falles an die hiesige Klinik „behufs chirurgischer Behandlung (Anamnese der Krankengeschichte No. 2).“

Differentialdiagnostisch kommt zunächst die Weichheit der in Rede stehenden Geschwulstformen in Betracht („weicher als ein nicht gespannter Muskel!“), welche oben bereits ihre histologische Begründung fand, ferner in weiter vorgeschrittenen Fällen das combinierte Auftreten mit Hyperplasien der Lymphdrüsen und zum lymphatischen System gehöriger Apparate (Tonsillen, Balgdrüsen der Zunge, Milz, Plaques und Follikel des Darms) mit dementsprechenden Symptomen, weiterhin eine etwaige Schmerzhaftigkeit des Sternums als Ausdruck hyperplastischer, im Knochenmark sich abspielender Processe uud vor allem die charakteristischen, in einer Vermehrung der weissen und Verminderung der roten Blutkörperchen bestehenden Veränderungen des Blutes. Ferner ist auf etwaige In-

trationen in nicht-lymphatischen Organen (Virchows heteroplastische Lymphome") zu achten, wie sie bei einem nserer Fälle im oberen Augenlid, unter dem Kehldeckel nd im Retropharynx bestanden. Speciell gegenüber den ibrosarkomen des Epipharynx ist zu betonen, dass die ukämischen Tumoren weder an die Pubertätszeit geanden sind noch das männliche Geschlecht in einseitiger eise bevorzugen, dass sie ferner, wie aus ihrem anatoischen Aufbau verständlich, durch Blutungen nicht comiciert sind. Schliesslich kann auch noch bestehendes eber zur Stützung der Diagnose „leukämischer Tumor" rangezogen werden, sei es, dass dasselbe in der Form s von Pel und Ebstein beschriebenen „intermittierenden ückfallfiebers" hervortritt, oder — wie bei unseren Panten — mehr einen intermittierenden und remittierenden arakter trägt.

Die Mühe, mit der die Stellung der exakten Diagnose vielen Fällen wegen der Mannigfaltigkeit der zu beksichtigenden differentiellen Momente verbunden zu n pflegt, wird in reichlichstem Masse durch die Erfolge r Therapie gelohnt. Während man früher — vor der enntnis von Nasenrachenraumtumoren leukämischer Natur kein Bedenken trug, denselben complicierten chirurchen Apparat zur Anwendung zu bringen, wie man ihn genüber den Fibrosarkomen entfaltete, ist heute die Bedlungsweise eine wesentlich einfachere und dankbarere. nkbarer, insofern keine Recidive den Effekt nachträglich der in Frage ziehen, (wie es regelmässig nach chirurcher Entfernung dieser leukämischen Geschwülste der l zu sein pflegt), einfacher, insofern die Therapie eine medikamentöse ist. Unter den Arzneimitteln, welche in dieser Beziehung Eingang verschafft haben, stehen erster Stelle Arsenik und Jodkali. Beide sind gegen fragliche Affektion an der Klinik des Herrn Prof. Bramann in Betracht gezogen worden. Die Ordination Arseniks gegen Leukämie und ihre Erscheinungs-

formen ist nicht mehr jüngsten Datums; sowohl in Pillenform und als subcutane Injektion als auch in Gestalt der Solutio fowleri hat sie in vielen Fällen erfolgreiche Anwendung gefunden. Neu dagegen ist die Einführung des Kalium jodatum gegen die gleiche Affektion. Der geradezu eklatante Erfolg, welchen dieses Mittel in dem schweren Falle Fischer innerhalb relativ kurzer Zeit aufzuweisen hatte, genügt die besten Hoffnungen zu erwecken und zu weiteren Versuchen in dieser Richtung aufzufordern.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, einem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. v. Brann, für die liebenswürdige Überweisung der Arbeit d den Herren Asstistenzärzten der chirurgischen Klinik Halle Dr. Grosse, Dr. Ramstedt und Dr. Liebert, wie dem Sekundärarzt des Altstädtischen Krankenhauses Magdeburg, Herrn Dr. Springorum, für die Unterstützung bei derselben meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

Litteratur.

Albert, Lehrbuch der Chirurgie.

Bardeleben, A., Lehrbuch der Chirurgie u. Operationslehre.

Eulenburg, Realencyklopädie (Kapitel: Leukämie).

E. Joél, Die Neubildung des Nasenrachens.

König, Allgemeine und specielle Chirurgie.

J. v. Mikulicz, Neubildung des Nasenrachens.

Strümpell, Leukämie (Bd. II. der spec. Pathol. u. Therap.)

Tillmanns, Allgemeine und specielle Chirurgie.

Oppenheim, Die Geschwülste des Gehirns.

Lebenslauf.

Theo Albrecht wurde am 11. September 1877 zu ɔchem a. d. Mosel als Sohn des Zimmermeisters Otto lbrecht und seiner Gattin Emma, geb. Hoffmann ge-ɔren.

In Halle (Saale), wohin seine Eltern Anfang der 80er hre übersiedelten, besuchte er die Francke'schen Stif-ngen und verliess letztere Michaelis 1895 mit dem Zeug-s der Reife, um sich dem Studium der Medicin zu dmen.

Seine Studienjahre verbrachte er in Halle, mit Aus-hme des 5. Semesters, während dessen er nach erledigter ztlicher Vorprüfung in Freiburg i. B. seiner Militärpflicht nügte.

Die ärztliche Staatsprüfung beendete er in Halle am Juli 1900.

Während der Studienzeit hat derselbe bei folgenden erren Vorlesungen gehört:

Halle:

bei Roux, Bernstein, Grenacher, Dorn, Voll-hard, Eisler, Weber, v. Bramann, Fehling, v. Hippel, Reineboth, Seeligmüller, Pott, v. Herff, Grunert, Hitzig, Heilbronner, Fränkel, Haasler, v. Mering.

Freiburg:

bei Ziegler.

Thesen.

I.

Bei Nasenrachenraum-Tumoren zweifelhafter Natur ist zunächst stets ein Versuch mit Jodkali zu machen.

II.

Die puerperale Bradycardie ist bedingt durch Innervationsstörungen im Gebiete des Vagus.

III.

Die Behandlung des Abdominaltyphus mit mässig abgekühlten Vollbädern ist im Allgemeinen die wirksamste und zweckmässigste von allen hydrotherapeutischen Massnahmen.